



Marland-BSIP

1 Pavot. *Papaver somniferum*.

Évolution de l'analgésie de 1800 à 2000

« Douleur. Les anciens en avaient fait une divinité. Hygin la fait naître de l'Air et de la Terre, et lui donne pour sœurs la Fraude, la Colère, la Tristesse, la Vengeance, la Calomnie, etc. D'autres la font naître de l'Érèbe et de la Nuit. Zeuxis l'avait figurée par un homme pâle, mélancolique, vêtu de noir, tenant un flambeau qui vient de s'éteindre et qui fume encore. »

(Abrégé de la mythologie universelle, ou dictionnaire de la fable. F. Noël, 1805).

« Impression anormale ou pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau » (Littré), la définition de la douleur se cantonnait, en ce qui concerne le processus initial, à la nociception, et relativement à la perception, à un phénomène purement physiopathologique. De cette notion ainsi simplifiée, on pouvait déduire une équation simple : douleur implique antalgique. Encore fallait-il adapter l'antalgique au type de douleur. Cela relevait du flair, de l'expérience du praticien, de l'audace qu'il pouvait montrer dans la quête empirique de nouveaux médicaments, de nouvelles doses, de nouveaux procédés thérapeutiques. Cette attitude se prolongea pendant plus d'un siècle, en s'améliorant grâce aux découvertes de nouveaux produits. Ce sont les 3 ou 4 dernières décennies du ^{xx}e s. qui ont bouleversé l'attitude médicale en face de la douleur, dont on sait désormais qu'elle concerne l'être humain autant dans sa psyché que dans son soma et qu'elle implique donc une prise en charge globale.

— Henri BOUCHET —

89-91, boulevard Auguste Blanqui
75013 Paris

XIX^e s. : vers une analgésie efficace

Deux processus se déroulèrent en parallèle. D'un côté, les cliniciens poursuivirent sur leur lancée le comportement empirique hérité des siècles précédents ; de l'autre, les chimistes préparèrent et proposèrent un nombre important de médicaments antalgiques, qu'ils présentèrent sous une forme moderne.

En 1800, les maladies algogènes ne manquaient pas. La tuberculose, pour ne citer qu'elle, était une véritable endémie. Mais, pour les cliniciens, atténuer la douleur n'était pas une tâche facile. N'était-il pas évident pour eux que la douleur était nécessaire pour le diagnostic, pour surveiller l'évolution ? Et puis ils ne disposaient que de moyens antalgiques modestes, hérités de leurs prédécesseurs, rassemblés, sans grande conviction, par Lieutaud en 1776 sous le nom d'anodyn (du grec *odunê*, douleur).¹

L'exploration de la bibliothèque d'un médecin de cette époque (thésé en 1850) est le moyen le plus objectif de connaître ce qu'il pouvait en obtenir comme moyens de connaître et de traiter la douleur. Traités et diction-

naires¹⁻⁴ ne le renseignaient guère. Le mot « douleur » n'apparaît comme tête de rubrique qu'une fois sous la signature de Jolly.² Il y était affirmé que l'excitation nerveuse était la composante principale de la perception douloureuse, qu'elle devait être combattue par la saignée, les applications froides, en particulier sur la tête, et que les médicaments (opium, alcooliques, éthers) n'avaient de valeur antalgique que dans la mesure où ils entraînaient le sommeil (fig. 1).

Pour la pratique, ce clinicien dut faire sa propre expérience en tâtonnant à la recherche d'un produit actif, glaner ici ou là des moyens antalgiques essayés par des confrères, ou bien puiser des recettes dans un traité de matière médicale,⁵ dans les revues,⁶⁻⁸ les annuaires thérapeutiques, tel celui de Bouchardat,⁹ les formulaires, tel celui de Jeannel.¹⁰

Il pouvait ainsi apprendre que Gerdy parvenait à supprimer les douleurs de la métrite par « de grands vésicatoires volants sur la région lombaire » ; que Leriche, devant l'échec des opiacés, avait obtenu, grâce à des doses fractionnées de chloroforme inhalé, la guérison d'une crise de colique néphrétique, d'une névralgie du plexus cervical « horriblement » douloureuse ; qu'Aran réussit à calmer une névralgie faciale ancienne par des applications locales d'éther chlorhydrique chloré ; ou que Trousseau atténuait les douleurs

des tuberculoses pulmonaires et des ascites par de grands enveloppements de ciguë.⁵ Peut-être notre praticien a-t-il essayé, après Vergniol, les perles d'essence de thérébentine dans les névralgies ?⁶

Les cliniciens utilisèrent les nouveaux analgésiques ; mais le témoin le plus évident du changement peut être trouvé dans la comparaison entre le traité de matière médicale de Lieutaud en 1776¹ et celui de Bouchardat

s'adjoindre l'acétanilide, l'asciatine. À partir de la cocaïne fut réalisée la synthèse de succédanés : novocaïne (1905), procaïne, Xylocaïne. La famille des opiacés se compléta, grâce à des dérivés (eubine, eucodal), des associations (sédol = morphine + scopolamine) et à des substituts (péthidine, Dolosal ; évadol ; méthadone) ; et en 1951, même le chanvre indien pouvait être prescrit dans le traitement de la migraine. Le paracétamol fut de plus en plus employé, et certains anti-inflammatoires non stéroïdiens furent désormais utilisés comme antalgiques.^{13, 14}

Traitement du sujet souffrant

Est-il paradoxal de dire que ce furent les progrès de la thérapeutique, qui dans les 3 ou 4 dernières décennies du siècle, mirent en lumière le problème de fond de la douleur ? En effet, les techniques de réanimation ont pu maintenir longtemps en vie des malades dont le quotidien était fait de souffrances.

Définir de véritables conduites analgésiques coordonnées devint nécessaire. Trois axes de recherche s'imposèrent : la physiopathologie de la douleur, la pharmacologie des antalgiques, la psychopathologie de la douleur.¹⁵

L'exploration de la physiopathologie conduisit à la découverte des intermédiaires chimiques (prostaglandines) des sites récepteurs opioïdes du système nerveux, des 3 origines du stimulus douloureux : un stimulus lésionnel ou mécanique est une nociception ; une lésion nerveuse qui interrompt le transfert des sensations (désafférentation) déclenche une douleur dite neuropathique ou « neurogène » ; on classe dans les douleurs « psychogènes » celles pour lesquelles un des précédents stimulus n'a pu être trouvé.

Ce classement présente un intérêt pratique évident. L'expérience a prouvé que les antalgiques usuels n'ont que peu ou pas d'effet sur les douleurs « neurogènes » qui réagissent souvent bien aux antiépileptiques non barbituriques. L'inutilité, voire la nocivité des antalgiques sur les douleurs « psychogènes », conduit à confier ces malades au psychiatre.

L'étude pharmacologique des antalgiques a permis de mieux connaître les



2 Parades de foire : deux registres, bois col. sur vergé. Épinal. Pellerin. Entre 1808 et 1811. Musée national des arts et traditions populaires, Paris.

Concurremment se développait une démarche marquée du sceau de la rigueur scientifique, qui de 1777 (Lavoisier découvrait le rôle de l'oxygène dans la respiration) à 1850 (Davaine découvrait la bactériémie charbonneuse) fit passer la médecine de l'empirisme à la modernité. La science chimique avait acquis ses lettres de noblesse, la botanique, sa rigueur dans la systématisation, et surtout le mode de pensée des médecins avait adopté une attitude rigoureuse, empruntée aux sciences exactes.

Les chimistes purent extraire ou préparer la morphine (Serturmer, 1806), la codéine (Robiquet, 1832), l'aspirine (Gerhardt 1853), la cocaïne (Nieman 1860), l'antipyrine (Knorr, 1884) et le paracétamol (von Mering, 1893).¹¹ Les chirurgiens explorèrent les produits et les procédés d'anesthésie : protoxyde d'azote (Davy, 1799) ; éther (Morton, 1846) ; hypnotisme (Broca et Velpeau, 1869) ; infiltration anesthésique (Schleich, 1892) ; rachianesthésie à la cocaïne (Bier, 1897).¹²

en 1846.⁵ Le premier est une somme de recettes de phytothérapie classées en fonction des symptômes sur lesquels elles sont censées agir. Le second est un traité réellement moderne : la nature chimique, la systématisation botanique servent de guide au classement, et chaque médicament y est envisagé du point de vue de son action pharmacologique, de sa toxicité, l'une et l'autre étant étayées par des arguments précis.

Le XIX^e s. peut être considéré comme celui de la métamorphose de la médecine et, plus spécifiquement, comme l'aube d'une analgésie efficace (fig. 2).

XX^e s. : du traitement de la douleur symptôme au traitement du sujet souffrant

Traitement de la douleur symptôme

Au fil des années, l'arsenal antalgique se diversifia. À l'aspirine, à l'amidopyrine, à l'antipyrine vinrent



3 Pots à pharmacie, 1^{re} moitié du XIX^e s. L'Hôtel-Dieu de Beaune (1443). Exclivité des Hospices.

sites et les modes d'action des divers médicaments. En simplifiant à l'extrême ces données, dont l'extraordinaire complexité se révèle chaque jour davantage, on peut dire qu'il y a ceux agissant sur la synthèse des prostaglandines (anciennement antalgiques périphériques) et ceux activant les récepteurs opiacés μ ou κ du système nerveux (anciennement antalgiques centraux).

La pharmacologie clinique a déterminé pour chaque antalgique une concentration minimale efficace, une durée d'efficacité, des parentés chimiques susceptibles d'induire des intolérances croisées, des contre-indications propres et liées à des associations. Ces études ont conduit à établir un classement par paliers d'activité qui invite tout naturellement à commencer par les moins actifs, sans cependant trop attendre pour passer aux médicaments du palier supérieur. Ainsi fut établie une stratégie posologique efficace. Les équipes de soins palliatifs constataient en permanence les souffrances qui agressaient cruellement et de manière quasi permanente le soma, mais aussi la psyché de leurs patients. L'impératif médical devint alors non plus seulement de traiter la douleur symptôme, mais aussi, et parfois surtout, de soigner des êtres humains souffrants. Ainsi naquirent les études sur la psychopathologie de la douleur. Éliane Ferragut donne une synthèse

des aspects à envisager : « la douleur est un carrefour de problèmes ».¹⁶ Le stimulus initial peut être une lésion réelle grave, mais l'angoisse du patient peut transformer une simple épine irritative en événement douloureux intense. La personnalité (parfois pathologique) du patient, son histoire, sa culture sont susceptibles d'influencer sa perception de la douleur. Son environnement crée une ambiance où la famille, le milieu professionnel et social jouent un rôle important. L'événement causal ou concomitant de la naissance du phénomène douloureux peut déborder les défenses du patient. Enfin, il ne faut pas négliger de s'assurer qu'il n'y a pas une maladie mentale importante à l'origine de la plainte du patient. L'éventail des possibilités va donc du patient au psychisme équilibré, dont la douleur est la conséquence d'une lésion nociceptive certaine, au malade mental, dont la douleur est purement psychique. Évaluer le poids relatif de ces facteurs ne peut se faire qu'en équipe, dans laquelle un intervenant important est le psychologue ou le psychiatre. Transcendant la stratégie posologique, cette équipe peut aboutir à une véritable stratégie thérapeutique.

Conclusion

Il a fallu un siècle, le XIX^e, pour passer des recettes antalgiques empi-

riques (fig. 3), de la posologie approximative, à une conception moderne de l'analgésie comportant des molécules définies, une posologie rigoureuse, une connaissance assez précise des effets pervers. Pendant les 6 ou 7 premières décennies du XX^e s., la production de nouveaux antalgiques, la meilleure utilisation d'anciens antalgiques comme l'opium, dont la puissance n'a jamais été surpassée, ont permis de parfaire ce qui n'était qu'ébauché en 1900. Mais jusqu'alors l'analgésie ne s'intéressait qu'au soma. Les travaux des dernières décennies du XX^e s. ont intégré la psyché dans la perception de la douleur, permettant ainsi des actions thérapeutiques au long cours de plus en plus efficaces. ■

RÉFÉRENCES

1. Lieutaud M. Précis de la matière médicale. Paris: Vincent imp., 1776.
2. Andral TG, Begin LJ, Balandin PF et al. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques; 16 tomes. Paris: Méquignon-Jarvis et J.-B. Baillière, 1836.
3. Fabre. Dictionnaire des dictionnaires de médecine. 8 tomes. Paris: Gazette des hôpitaux, 1840.
4. Roche L. Ch. Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale. 5 tomes. Paris: J.-B. Baillière, 1844.
5. Bouchardat A. Précis de matière médicale. Paris: Germer Baillière, 1846.
6. Cayol et Sales-Girons. Paris: La Revue médicale, 1869.
7. Latour A. Paris: L'Union médicale, 1859.
8. De Castelnau. Paris: Moniteur des sciences médicales et pharmaceutiques, 1859.
9. Bouchardat A. Annales thérapeutiques. 18 tomes; 1841 à 1859. Paris: Germer Baillière.
10. Jeannel J. Formulaire officinal et magistral international. Paris: J. B. Baillière, 1870.
11. Rullière R. Abrégé d'histoire de la médecine. Paris: Masson, 1981.
12. Bouchet H. Les débuts de l'anesthésie. Paris: Annales de chirurgie, 1998; 52/2.
13. Formulaire Astier 1951. Éditions du monde médical, 1951.
14. Hamburger J. Petite encyclopédie médicale. Paris: Flammarion, 1968.
15. Les dossiers du praticien. Paris: Impact Médecin Hebdo, 1993-2001; nos 201, 334, 439, 553.
16. Ferragut E. Psychopathologie de la douleur. Paris: Masson, 2001.